

Przestrzenne różnicowania zachowań zdrowotnych dorosłej młodzieży w województwie mazowieckim

Korporowicz, Violetta

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Korporowicz, V. (2019). Przestrzenne różnicowania zachowań zdrowotnych dorosłej młodzieży w województwie mazowieckim. *Studia z Polityki Publicznej / Public Policy Studies*, 6(2), 9-25. <https://doi.org/10.33119/KSzPP/2019.2.1>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more Information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Przestrzenne zróżnicowania zachowań zdrowotnych dorosłej młodzieży w województwie mazowieckim

Streszczenie

Celem polityki przestrzennej jest zarówno ochrona określonych wartości przestrzeni, jak i racjonalne jej kształtowanie przez stymulowanie procesów społecznych i gospodarczych. Działania ochronne obejmują dążenie do zachowania równowagi pomiędzy elementami gospodarczymi, społecznymi czy środowiskowymi. Aby planowanie przestrzenne było skutecznym narzędziem polityki publicznej, musi ono obejmować wszystkie aspekty życia społeczno-gospodarczego. W nurcie społecznym jednymi z najistotniejszych są decyzje w zakresie kształtowania zdrowia poprzez zmniejszanie różnic w dostępie do usług zdrowotnych i edukacyjnych w regionach, w tym do edukacji zdrowotnej. Edukacja ta może się przyczynić do kształtowania prawidłowych postaw zdrowotnych oraz eliminować zróżnicowania w tym zakresie między młodzieżą mieszkającą w miastach a mieszkającą na wsiach.

Dla określenia przestrzennych (miasto–wieś) zróżnicowań w kształtowaniu postaw zdrowotnych zrealizowano badanie terenowe pełnoletniej młodzieży różnego typu szkół ponadpodstawowych, tzn. szkół zawodowych, techników i szkół ogólnokształcących w województwie mazowieckim. W świetle badania założona teza o istnieniu zróżnicowań w zachowaniach zdrowotnych między młodzieżą mieszkającą w miastach a mieszkającą na wsiach nie została potwierdzona, natomiast różnice pojawiły się w zachowaniach zdrowotnych uczniów różnych typów szkół. Okazało się, że badana młodzież z województwa mazowieckiego ucząca się w szkołach zawodowych słabiej niż młodzież uczęszczająca do liceów ogólnokształcących i techników rozpoznaje sytuacje grożące zdrowiu w postaci czy to gorszego sposobu odżywiania, np. spożywania mniej warzyw, czy częstotliwości kontaktów z substancjami psychoaktywnymi.

Ogólnym wnioskiem z badań jest to, że najistotniejsze wydaje się promowanie i kształtowanie wiedzy na temat zdrowia poprzez edukację stylu życia, szczególnie młodzieży uczęszczającej do szkół zawodowych, jako tych potrzebujących najsilniejszego wsparcia merytorycznego i infrastrukturalnego.

¹ Instytut Gospodarstwa Społecznego, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, polityka przestrzenna, polityka zdrowotna, badanie terenowe „Młodzież Mazowska”

DOI: 10.33119/KSzPP/2019.2.1

Spatial differentiation of health behaviours of young adults in the Mazowieckie voivodship

Abstract

The aim of spatial policy is both to protect specific values of space and to rationally shape it by stimulating social and economic processes. Protective activities include striving to maintain a balance between economic, social and environmental elements. For spatial planning to be an effective public policy tool, it must cover all aspects of socio-economic life. In the social stream, one of the most important are decisions in the field of health by reducing differences in access to health and education services in regions, including health education. This education can contribute to shaping correct health attitudes and eliminate the diversity in this area between young people living in urban and rural areas. In order to determine the spatial (urban-rural) differentiation in shaping health attitudes, a field study of young adults of various types of secondary schools, i.e. vocational schools, technical schools and general schools in the Mazowieckie voivodship has been carried out. In the light of the study, the thesis on the existence of the differentiation in health behaviours between young people living in cities and those living in villages has not been confirmed. Big differences in these youth behaviours have not been revealed. However, differences appeared between types of schools. It turned out that the studied youth from the Mazowieckie Voivodeship learning in vocational schools, to a lesser extent than young people attending general schools and technical schools, recognize situations threatening their health in the form of weaker nutrition, e.g. eating fewer vegetables or frequent contacts with psychoactive substances.

A general conclusion from the research is that the most important seems to be promoting and spreading the knowledge about health through lifestyle education, with an emphasis on the youth attending vocational schools, as those in need of the strongest substantive and infrastructural support.

Keywords: health issues, spatial policy, health policy, field study “The Youth of Masovia”

Aby planowanie przestrzenne było skutecznym narzędziem polityki publicznej, musi ono obejmować wszystkie aspekty życia społeczno-gospodarczego. W społecznym nurcie jednymi z najistotniejszych są decyzje w zakresie kształtowania zdrowia

(Korporowicz, 2017: 159–160). Chodzi tu o minimalizowanie różnic w dostępie do usług zdrowotnych i edukacyjnych w regionach, w tym do edukacji zdrowotnej, a jednocześnie w dostępie do infrastruktury sektora ochrony zdrowia (Korporowicz, 2015: 50). Różnice te mogą skutkować rozbieżnościami w postawach zdrowotnych. Mowa tu o różnicowaniu zachowań zdrowotnych między młodzieżą mieszkającą w miastach a mieszkającą na wsiach.

Same postawy zdrowotne mogą być traktowane jako praktyczny miernik rezultatów i czynności edukacyjno-zdrowotnych. W tym aspekcie mówimy o wyborze postaw z jednej strony wobec zagrożeń zdrowotnych, a z drugiej o sposobach postępowania wzmacniających stan zdrowia. Wybór ten wymaga poznania zagrożeń środowiskowych i wpływu tych czynników na zdrowie oraz znajomości racjonalnych zachowań zdrowotnych. Warto tu zwrócić uwagę na fakt, że każde postawy zdrowotne zależą od poszczególnych osób, ale trzeba dodać, że są one wypadkową licznych uwarunkowań, m.in. czynników edukacyjnych i środowiskowych, które mogą być zróżnicowane przestrzennie.

Pomimo istnienia relatywnie bogatej polskiej literatury przedmiotu dotyczącej zachowań zdrowotnych brakuje dotąd badań i opracowań mających na celu określenie, które z czynników mają w oglądzie przestrzennym decydujące znaczenie w zakresie kształtowania tych zachowań (Korporowicz, 2018: 241–242; *Raport z badań...*, 2012; Kosycarz, Walendowicz, 2018: 61). W taki nurt rozważań wpisuje się tekst niniejszego artykułu, którego celem jest próba odpowiedzi na pytanie, czy istnieją różnice zachowań zdrowotnych między młodzieżą mieszkającą na wsi a mieszkającą w mieście. Aby określić różnice w postrzeganiu zdrowia oraz kształtowaniu zachowań zdrowotnych w układzie przestrzennym (miasto–wieś), zbadano między innymi opinie w tym zakresie dorosłej, uczącej się młodzieży województwa mazowieckiego.

Polityka przestrzenna i jej czynniki rozwoju

Polityka przestrzenna (*spacial policy*) jest to planowa działalność, polegająca na wykorzystywaniu znajomości praw rządzących kształtowaniem i użytkowaniem przestrzeni w celu najbardziej racjonalnego i oszczędnego jej zagospodarowania (Borsa, 2004: 5). Polityka przestrzenna zajmuje się sposobami praktycznego oddziaływania na środowisko polegającymi na jego kształtowaniu, użytkowaniu i przekształcaniu przez człowieka. Ponieważ liczba podmiotów wpływających na kształt tej polityki jest ogromna, to całokształt działań dotyczących podmiotów związanych z organizacją użytkowania przestrzeni jest też bardzo rozbudowana.

Celem gospodarki przestrzennej jest zarówno ochrona określonych wartości przestrzeni, jak i racjonalne jej kształtowanie przez stymulowanie procesów społecznych i gospodarczych. Działania ochronne obejmują dążenie do zachowania równowagi pomiędzy elementami gospodarczymi, społecznymi czy środowiskowymi, ponadto stwarzają warunki oraz większe możliwości podejmowania kreatywnych i innowacyjnych działań regionalnych czy lokalnych (Stiglitz, 2015: 444).

Polityka przestrzenna jest traktowana zarówno jako dyscyplina naukowa, jak i jako działalność praktyczna. Jest to podział prosty, ale nie zawsze powszechnie rozumiały mimo swojego uniwersalnego charakteru. Na gruncie polityki przestrzennej jako dyscypliny naukowej lub teorii polityki przestrzennej analizuje i bada się zasady niezbędne do urzeczywistniania założonych celów rozwoju przestrzeni, czyli badane są warunki i możliwości celowego kształtowania, rozwoju i użytkowania przestrzeni. Bierze się tu pod uwagę jej wymiar: społeczny, gospodarczy, środowiskowo-terytorialny czy instytucjonalny.

Cele polityki przestrzennej jako nauki należy wypracowywać, uwzględniając jej adekwatność, która dotyczy zastosowania wiedzy i umiejętności zgodnej z osiągnięciami np. ekonomii, socjologii czy geografii oraz przygotowania bazy metodologicznej do realizacji założonych badań (Handbook, 2004: 34). Jednak, prowadząc badania w zakresie polityki przestrzennej, należy uwzględniać też doświadczenia z zakresu praktyki społecznej. Dlatego sfera poznawcza tej polityki powinna łączyć się ściśle z systemem polityki przestrzennej w wymiarze aplikacyjnym. Tak ukształtowany system będzie mógł skutecznie oddziaływać na rozwój gospodarki przestrzennej kraju. W przeciwnym razie zbyt słaba koordynacja teorii i praktyki niemal całkowicie mogłaby zakłócić racjonalność podejmowanych decyzji, w tym wypadku o charakterze regionalnym. Powyższy kontekst sprawia, że istotna jest świadomość potrzeby rozwoju zarówno badań naukowych, jak i decyzji publicznych dotyczących polityki przestrzennej w różnych aspektach (politycznej, gospodarczej, publicznej).

Polityka przestrzenna jako działalność praktyczna nie ma jednoznacznej, powszechnie rozumianej i akceptowanej wykładni znaczeniowej, ale można przyjąć, że jest to proces społeczny związany z projektowaniem i wdrożeniem działań, zgodnie z którymi państwo lub instytucje związane z państwem posługują się przydatnymi narzędziami w celu kształtowania, rozwoju i użytkowania przestrzeni. Definiując politykę przestrzenną w jej aplikacyjnym wymiarze, a dodatkowo w kategoriach procesu, trzeba uwzględnić też element czasu. Potrzebne są tu precyzyjnie określone jako należyte kierunki rozwoju dotyczące kształtu, zakresu i sposobu i – co istotne – właśnie czasu aplikowania teorii polityki przestrzennej na grunt społeczny. Ramy czasowe narzucają zakres działań polityki przestrzennej, gdyż w pewnym okresie zmienić się może np. ustrój polityczny, system zarządzania czy sytuacja gospodarcza

kraju. Możliwość zmian przy tak rozumianej polityce powinna być zawsze uwzględniana, szczególnie w fazie planowania i w fazie realizacji zamierzeń.

Polityka przestrzenna w aplikacyjnym oglądzie odnosi się do działań, które podejmowane są w celu osiągnięcia założonych zadań planowania przestrzennego, z uwzględnieniem sprawiedliwości wewnątrzpokoleniowej i międzypokoleniowej. Mowa tu o uwzględnieniu zasady zrównoważonego rozwoju, która zawiera propozycje definicyjnego poszerzenia polityki przestrzennej np. o elementy kulturowe czy polityczne (Sachs, 2008: 3). Istotny w tym ujęciu jest zakres polityki przestrzennej, który został uzupełniony o dodatkowy element, jakim jest właśnie rozwój zrównoważony. Dotyczy on zatem aktywności w wymiarze środowiskowym, ale również społecznym i gospodarczym. Dopiero działania we wszystkich wymienionych sferach mogą zapewnić harmonijny rozwój przestrzeni.

Toczy się dyskusja: Czy polityka przestrzenna ma za zadanie tylko ustalanie celów i środków kształtowania, zagospodarowania i użytkowania przestrzeni, czy raczej jest to mechanizm ułatwiający podejmowanie decyzji przestrzennych wraz z instrumentami dostępnymi dla ich realizacji. Ponieważ określanie przestrzennych założeń planów rozwoju dotyczy też tworzenia projektów zagospodarowania przestrzennego, należy politykę przestrzenną rozumieć jako kompleksową aktywność w zakresie kształtowania i wykorzystania przestrzeni wraz z aktywną realizacją celów i zadań określonych przez planowanie przestrzenne w szerokim spektrum działań, np. społecznych, ekonomicznych, technicznych, politycznych (Handbook, 2004: 44). Szerokie podejście wydaje się zasadne, gdyż opiera się na licznych kryteriach, a powstające obszary nie zawsze są jedną spójną całością pod wybranym względem bądź jego częścią. Przykładowo, region turystyczny wyodrębniony na podstawie ukształtowania terenu wraz z historyczno-kulturowymi uwarunkowaniami nie musi pokrywać się z administracyjnym podziałem kraju.

Zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne (*health behaviour*) stanowią bardzo ważny element aktywności życiowej człowieka. Przez zachowania zdrowotne określa się wszelkie zachowania, które mają związek ze zdrowiem i samopoczuciem człowieka (Norton, Rucker, 2015: 542). Zachowania zdrowotne są to wieloczynnikowe zestawy reakcji grup społecznych, stymulowane koniecznością zachowania zdrowia i życia oraz zapobiegania chorobom, wiążące się z leczeniem (Nosko, 2005: 14). Warto tu zwrócić uwagę na fakt, że każde zachowanie zdrowotne zależy od poszczególnych osób. Decyzje w tej dziedzinie są nierozzerwalnie związane z ich odpowiedzialnością za własne zdrowie.

We współczesnych podejściach do czynników kształtujących zdrowie obserwuje się położenie silnego nacisku na uwypokreślenie złożoności problemu oraz wskazanie na różnorodność czynników determinujących stan zdrowia: genetycznych, środowiskowych, psychospołecznych, kulturowych. Jest to podejście zrelatywizowane wobec konkretnych warunków i kontekstów, co jest zgodne z opinią przedstawicieli nauk społecznych twierdzących, że zachowania zdrowotne są to też konstrukcje społeczne (Sorensen et al., 2012: 23). Uzależnione są one od czasu i miejsca usytuowania, a szczególnie od poziomu rozwoju społeczno-ekonomicznego danego społeczeństwa. Można jednocześnie powiedzieć, że tego typu podejście do zachowań zdrowotnych jest dyspozycyjne, gdyż rozpatruje je jako zasób podlegający ciągłym zmianom (Volanders, Paasche-Orlow, 2007: 5–10).

Poza zachowaniami zdrowotnymi występują zachowania antyzdrowotne (destrukcyjne). Zachowania zdrowotne służą wspieraniu zdrowia, zapobieganiu chorobie oraz wspomaganiu powrotu do zdrowia. Wśród pozytywnych (racjonalnych) zachowań zdrowotnych są: aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, w tym eliminacja nadmiernej ilości tłuszczu, cukru z diety, ograniczenie palenia papierosów, radzenie sobie ze stresem, utrzymywanie higieny osobistej czy higieny w domu. Do tej grupy zalicza się również utrzymywanie właściwych stosunków międzyludzkich. Zachowania antyzdrowotne przyczyniają się do powstania zaburzeń stanu zdrowia, negatywnych oddziaływań w sferze emocjonalnej, fizycznej i psychospołecznej. Wśród antyzdrowotnych zachowań można wymienić np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stosowanie środków uzależniających, nieprawidłową dietę, brak ruchu, nadmierny stres czy ryzykowne zachowania seksualne. Zachowania te tworzą wraz z zakresem i formą codziennych zachowań jednostek lub grup z ich usytuowaniem społecznym – styl życia (Norton, Rucker, 2015: 542).

W jakim stopniu jednak niewłaściwy styl życia, w tym zła dieta, nadużywanie alkoholu, palenie papierosów, brak ruchu, stres, zagrażają zdrowiu człowieka? Problem ten jest nadal otwarty. Wiadomo natomiast, że racjonalny stosunek do zdrowia sprzyja ograniczeniu chorób i wzrostowi kondycji zdrowotnej.

Mimo nasilającego się społecznego przekonania, że dbanie o kondycję zdrowotną jest ważne, deklaracje Polaków dotyczące troski o stan własnego zdrowia pozostają od kilku lat stabilne. Według raportu CBOS z 2016 r. około 64 proc. badanych uważa się za osoby deklarujące zdrowy styl życia, zaś do braku troski o zdrowie przyznaje się, tak jak w 2007 r., niemal co piąty respondent (19 proc.) (Raport, 2012). Polacy ponadto są niezmiennie w większości raczej zadowoleni ze swoich zachowań wobec własnego zdrowia. Obecnie ponad połowa badanych określa je jako co najmniej dobre, zaś niezadowolenie wyraża jedynie 9 proc. ankietowanych przez CBOS.

Na kształtowanie się zachowań zdrowotnych wpływ ma wiele czynników leżących zarówno po stronie jednostki, jak i społeczeństwa. Należy dodać, że w kształtowaniu zdrowia istotna jest znajomość właśnie zachowań negatywnych oraz ich podłoża społecznego i indywidualnego po to, aby móc je korygować (Mental, 2016/2017). Czynniki, które leżą u podstaw kształtowania zachowań zdrowotnych, są:

- 1) wzorce zachowań związane z rodziną, tradycją, kulturą, polityką,
- 2) warunki społeczno-ekonomiczne kraju, które determinują możliwości ochrony własnego zdrowia,
- 3) umiejętności i możliwości poszczególnych osób oraz instytucji ochrony zdrowia,
- 4) wiedza każdego człowieka, ale też wiedza rodziców, rodziny, nauczycieli czy grupy rówieśniczej, dotycząca uwarunkowań zdrowia.

Wymieniona lista czynników wpływających na zachowania zdrowotne nie jest całkowita i kompletna. Nie opisuje ich oraz nie nadaje im rangi co do istotności i wagi poszczególnych elementów. Powoduje to, że każdy z wymienionych czynników w takim zapisie ma identyczne znaczenie, chociaż w rzeczywistości np. poziom wiedzy każdego człowieka oraz umiejętności poszczególnych osób są uzależnione od warunków, np. społeczno-ekonomicznych. Ważne jest też, że zachowania zdrowotne to działania związane z takimi aspektami życia jednostki, na które może ona nie mieć wpływu, np. bezrobocie czy kryzysy gospodarcze, które determinują status ekonomiczny, społeczny czy wreszcie sens życia jednostki.

Jak już ustalono, zmiany zachowań zdrowotnych osadzone są w realiach społecznych (Wallace, 1989: 32). Mogą one być wykorzystywane do wprowadzenia nowych idei mających na celu np. modyfikację już istniejących zachowań. Poznanie ich umożliwia kształtowanie oraz opracowanie programów profilaktycznych, których celem jest modyfikacja istniejących zachowań zdrowotnych (Health, 2009: 154).

Jednocześnie badania przeprowadzone przez CBOS dotyczące sposobu spędzania wolnego czasu przez Polaków wskazują, że najczęściej w czasie wolnym oglądają oni telewizję (52 proc.) i zajmują się życiem rodzinnym (36 proc.). Jedynie 11 proc. respondentów uprawia sport (Czas, 2010: 1, 8).

Analiza aktywności fizycznej i zachowań sedenteryjnych (*sedentary behaviour*), na siedząco lub leżąc, np. gra na komputerze czy fortepianie, jest też ważnym obszarem badań sieci badawczej HBSC – *Health behavior in school-ageing children*. Badania ankietowe młodzieży szkolnej przeprowadzone w Polsce w 2010 r. wykazały, że co czwarty jedenastolatek i co dziesiąty siedemnastolatek nie spełniają wymagań WHO w zakresie np. zdrowego sposobu odpoczynku i ruchu (Wyniki, 2011: 70–73). Zgodnie z najnowszymi rekomendacjami WHO dzieci w wieku szkolnym powinny wykonywać codzienne ćwiczenia o umiarkowanej i dużej intensywności przez przynajmniej 60 minut. Ich forma powinna być dostosowana do etapu rozwoju dzieci,

urozmaiconą i będącą dla nich źródłem satysfakcji (Strong et al., 2005: 732–737). W świetle tych danych istotne jest kształtowanie postaw zdrowotnych poprzez np. wskazanie korzyści wynikających z dobrego stanu zdrowia. Człowiek może skutecznie się uczyć, pracować, cieszyć się życiem pod warunkiem, że ma dobre zdrowie. Zadaniem kształtowania takich postaw jest przygotowanie do niezależnego, twórczego życia. Jednocześnie wiedza o zachowaniach zdrowotnych powinna stanowić podstawę tworzenia i programowania programów edukacji zdrowotnej.

W ramach edukacji zdrowotnej należy prowadzić określone oddziaływania społeczne skierowane głównie do dzieci i młodzieży, chociaż coraz częściej podkreśla się wagę edukacji dorosłych – stosownie do funkcjonujących w danym społeczeństwie idei i celów społecznych w postaci realizacji programów zdrowotnych, interwencyjnych. Trzeba mieć jednak na uwadze, że efekty takiego programu mogą nie być jednoznaczne, a czasami wręcz odwrotne od zamierzonych. Dzieje się tak, gdyż, niezależnie od tego, jak doskonały byłby projekt programu zmian o charakterze publicznym, nie możemy ich w pełni tak zaprojektować, aby uniknąć wpływu innych działań czy istniejących wzorców. Działania te skierowane mogą być do całego społeczeństwa lub jego części.

Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych w świetle badania „Młodzież Mazowska”

Wiedza dotycząca rodzajów zachowań zdrowotnych (*health behaviours*) oraz sposobów ich modyfikacji dokonana poprzez samoocenę (*self-assessment of health behaviour*) oraz subiektywna ocena stanu zdrowia czy samoocena stanu zdrowia (*self-assessment of health*) powinny w dużej mierze przyczynić się do poprawy zdrowia społeczeństwa. Samoocena jest porównaniem stanu rzeczywistego do oczekiwań. Dokonuje się tego według kryteriów subiektywnych, ponieważ każdy respondent sam ustala swoją własną miarę zdrowia i zachowań. Ten rodzaj diagnozy społecznej jest przez WHO w pełni akceptowany i traktowany na równi z opiniami specjalistów.

Celem badania „Młodzież Mazowska” była diagnoza postaw zdrowotnych oraz świadomości potrzeby dbania o własne zdrowie dorosłej, uczącej się młodzieży Mazowska przy wzięciu pod uwagę przestrzennych różnic między postrzeganiem zdrowia młodzieży mieszkającej na wsi a mieszkającej w miastach (Norton, Rucker, 2015: 542). Równoległym celem badania było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie dotyczące społecznych i ekonomicznych problemów, które niezbędne są do poprawy stanu zdrowia młodzieży polskiej.

Metodą realizacji tak postawionego celu było przeprowadzenie badania terenowego dotyczącego wiedzy o zdrowiu oraz umiejętności kształtowania zachowań

zdrowotnych dorosłej młodzieży szkół ponadpodstawowych na Mazowszu w roku szkolnym 2017/2018. Narzędziem badawczym był skonstruowany na potrzeby badania autorski kwestionariusz ankiety do przeprowadzenia wywiadu audytoryjnego². Pozwolił on na zebranie informacji co do deklarowanych zachowań bezpośrednio od respondentów uczestniczących w danym badaniu (Apanowicz, 2003: 104).

Uzyskane informacje powinny być podstawą do tworzenia i aktualizowania polityki zdrowotnej i edukacyjnej w złożonej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Jednocześnie wiedza o zachowaniach zdrowotnych stanowić powinna punkt wyjścia projektowania założeń edukacji zdrowotnej.

Tezą badania jest stwierdzenie, że zachowania zdrowotne zależne są od licznych czynników, ale też są zróżnicowane przestrzennie (miasto–wieś). Ponieważ młodzież dorosła w Polsce uczy się w trzech typach szkół, żeby nie pominąć żadnej z nich, celowo dobrano grupy szkół jako grupy reprezentatywne, do których zaliczono licea ogólnokształcące, technika i szkoły zawodowe (obecnie wygaszane i przekształcane w szkoły branżowe). Mnogość uwikłań i uwarunkowań zdrowia generuje wielość zagadnień. Stąd tak liczne problemy, które są poruszone w pytaniach skierowanych do uczniów losowo wytypowanych szkół (Korporowicz, 2018: 241–242).

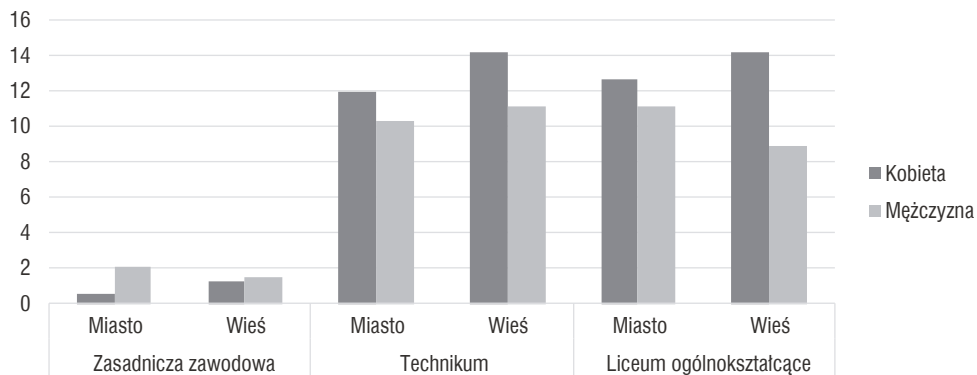
Opracowany kwestionariusz ankiety zawiera 34 zamknięte pytania badawcze, w tym wiele pytań ogólnych uzupełnionych o pytania szczegółowe oraz 16 pytań w ramach metryczki – wszystkie pytania z podziałem na typy szkół. Przy doborze szkół wykorzystano bazę kompletną placówek ponadgimnazjalnych, czyli licea ogólnokształcące, technika i szkoły zawodowe w obrębie województwa mazowieckiego z ogólnopolskiej bazy, udostępnionej na stronie internetowej Centrum Informatycznego Edukacji (<http://www.cie.men.gov.pl/index.php/sio-wykaz-szkol-i-placowek/26-wykaz-wg-wojewodztw.html>). Opracowano program wykorzystujący wbudowaną funkcję losującą w celu wytypowania określonej liczby szkół. Zrealizowany dobór losowy był proporcjonalny do liczby każdego typu szkół³.

W badaniu reprezentatywnym wzięło udział 595 uczniów. Jak wynika z rysunku 1, we wszystkich typach szkół, tzn. w szkołach zawodowych, technikach i liceach zarówno liczba respondentów na wsi, jak i w miastach województwa mazowieckiego

² Wywiad audytoryjny to swoisty typ wywiadu pisemnego, w którym formularz lub kwestionariusz ankiety wypełnia respondent, metoda polegająca na samodzielnym wypełnianiu kwestionariusza ankiety przez respondenta lub grupę respondentów. Ankieter w tym przypadku nie przeprowadza wywiadu osobiście, jego rola najczęściej ogranicza się do poinformowania respondentów o celu badania i sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety. Zaletą wywiadów audytoryjnych jest bardzo wysoki współczynnik realizowalności, czyli odsetek zwrotów wypełnionych ankiet oraz stosunkowo niski koszt badania.

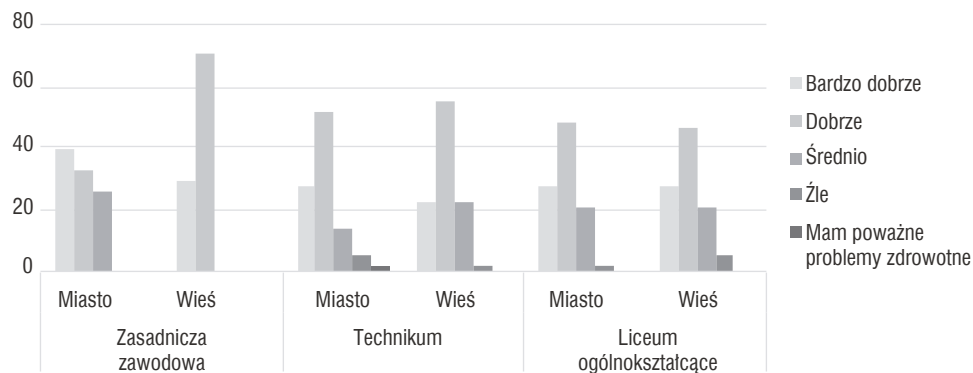
³ Przeprowadzono test zgodności chi-kwadrat, który służy do porównania ze sobą obserwowanego rozkładu zmiennej z teoretycznym rozkładem. Jeżeli test nie wykaże istotnych statystycznie różnic, to pod względem statystycznym zaobserwowane wyniki dla grup są sobie równe. W badanych obszarach wynik okazał się nieistotny statystycznie (dla $p > 0,05$).

jest zbliżona. W szkołach zawodowych uczestniczyło w badaniu po 3 proc. uczniów zarówno na wsi, jak i w mieście, w technikum na wsi 25 proc., w mieście 22 proc., a w liceach ogólnokształcących odpowiednio 24 proc. i 23 proc.



Rysunek 1. Procentowy rozkład liczby respondentów z uwzględnieniem płci, typu szkoły oraz miejsca zamieszkania

Źródło: własne badanie terenowe.



Rysunek 2. Jak oceniasz stan swojego zdrowia z uwzględnieniem typu szkół z podziałem miasto-wieś (w proc.)

Źródło: własne badanie terenowe.

Stan zdrowia w subiektywnej ocenie – czy inaczej samoocenie kondycji zdrowotnej przez uczniów ze szkół zawodowych mieszkających na wsi – jest pozytywny (rysunek 2), gdyż nie pojawiły się tu odpowiedzi „średni”, „zły” i „mam poważne problemy zdrowotne”. Respondenci mieszkający w mieście uczący się w tym typie szkół udzielili zbliżonych odpowiedzi, tzn. określili stan zdrowia jako „b. dobry”,

dobry” i „średni”. Było ich również 100 proc., czyli nie pojawiły się odpowiedzi „zły” i „mam poważne problemy zdrowotne”.

W pozostałych typach szkół zarówno w mieście, jak i na wsi odpowiedzi były bardzo zbliżone. Wyniosły one odpowiednio około 30 proc. dla oceny bardzo dobrej, 50 proc. dla oceny dobrej i ok. 20 proc. dla oceny „średnio”. Takie opinie wskazują, że dorosła ucząca się młodzież Mazowsza mieszkająca zarówno na wsi, jak i w mieście ze szkół licealnych i techników w samoocenie zdrowia rzadziej niż młodzież ze szkół zawodowych deklaruje, że ich zdrowie jest „bardzo dobre” i „dobre”.

Dobre samopoczucie młodzieży mieszkającej na wsi i uczącej się w szkołach zawodowych może świadczyć o relatywnie dobrej kondycji zdrowotnej lub może o ich mniejszych kompetencjach zdrowotnych, które uniemożliwiły pełniejszą ocenę stanu zdrowia.

Co do samooceny w zakresie kondycji fizycznej można zauważyć, że odpowiedzi uczniów z różnych typów szkół są zbliżone do poprzedniej kategorii, tzn. oceny stanu zdrowia, gdyż najkorzystniejszą opinię co do swojej kondycji fizycznej deklaruje młodzież mieszkająca na wsi i ucząca się w szkołach zawodowych, tzn. ok. 80 proc. odpowiedzi „b. dobra” i „dobra”, a w miastach w tego typu szkołach deklaruje je ok. 70 proc. uczniów. W pozostałych typach szkół bez względu na miejsce zamieszkania (miasto, wieś) odpowiedzi są zbliżone (tabela 1).

Tabela 1. Jak respondenci oceniają swoją kondycję fizyczną z uwzględnieniem typu szkół z podziałem miasto-wieś (w proc.)

Jak oceniasz swoją kondycję fizyczną?	Zasadnicza zawodowa		Technikum		Liceum ogólnokształcące	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Bardzo dobrze	47	24	24	21	24	16
Dobrze	27	53	36	41	43	39
Średnio	20	18	30	30	26	39
Źle	7	6	7	7	6	3
Mam bardzo słabą kondycję fizyczną	0	0	2	2	1	3

Źródło: własne badanie terenowe.

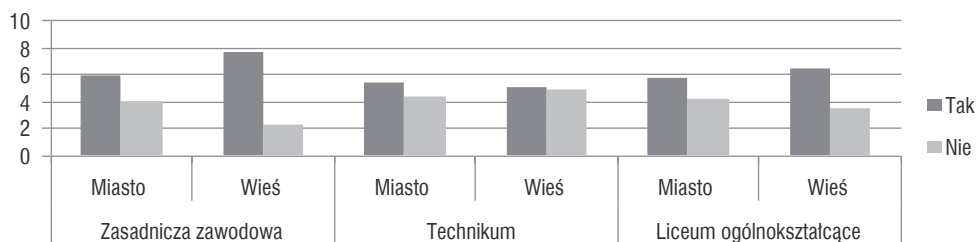
Wpływ zachowań człowieka na stan jego zdrowia (tabela 2) w większości odpowiedzi był lepiej rozpoznawany wśród uczniów liceów ogólnokształcących i techników mieszkających w miastach i na wsiach niż uczących się w szkołach zawodowych, mieszkających zarówno w miastach, jak i na wsiach, gdyż na pytanie: „Czy zachowania mają duży wpływ na zdrowie” pozytywnie odpowiedziało w technikach 29 proc. i 26 proc., w szkołach ogólnokształcących 36 proc. i 33 proc., a uczniowie szkół zawodowych zadeklarowali ten związek tylko w 20 proc. i 18 proc. Podobnie w przypadku

odpowiedzi „nie ma to w ogóle żadnego znaczenia” młodzież ucząca się w szkołach zawodowych i mieszkających na wsi udzieliła jej aż w 35 proc., a np. respondenci ze szkół ogólnokształcących mieszkający w mieście zadeklarowali tylko w 7 proc. Może to świadczyć, że podział miasto–wieś nie różnicuje świadomości co do wpływu zachowań na zdrowie. Różnice widoczne są między typami szkół. Młodzież szkół zawodowych rzadziej rozpoznaje wpływ zachowań na stan zdrowia.

Tabela 2. Opinia respondentów dotycząca wpływu zachowania człowieka na stan jego zdrowia z podziałem miasto–wieś (w proc.)

Czy zachowanie człowieka ma wpływ na stan jego zdrowia?	Zasadnicza zawodowa		Technikum		Liceum ogólnokształcące	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Tak, ma w dużym stopniu	20	18	29	26	36	33
Tak, w średnim stopniu	33	35	32	35	28	27
Tak, w małym stopniu	13	6	14	10	12	13
Nie ma to w ogóle żadnego znaczenia	20	35	11	12	7	10
Trudno powiedzieć	13	6	14	17	17	18

Źródło: własne badanie terenowe.



Rysunek 3. Ocena respondentów w zakresie prawidłowego odżywiania z podziałem miasto–wieś (w proc.)

Źródło: własne badanie terenowe.

W zakresie opinii dotyczącej prawidłowego odżywiania się częściej młodzież mieszkająca na wsi, ucząca się w szkołach zawodowych deklaruje, że prawidłowo się odżywia, a w przypadku techników i szkół ogólnokształcących różnice nie są duże (rysunek 3). Jednak dobre opinie dotyczące prawidłowego odżywiania młodzieży uczącej się w szkołach zawodowych nie zawsze pokrywają się z faktycznymi zachowaniami w zakresie sposobu odżywiania. Rozbieżność ta dotyczy np. spożycia warzyw i owoców, szczególnie wśród młodzieży mieszkającej na wsi i uczącej się w szkołach zawodowych, gdyż „codzienne” oraz „kilka razy w tygodniu” deklaruje tylko ok. 60 proc. respondentów z tej grupy. Tymczasem młodzież ze szkół zawodowych,

ale mieszkająca w mieście odpowiednio twierdząco odpowiada w 87 proc. Natomiast młodzież ucząca się w technikach i szkołach ogólnokształcących zarówno w mieście, jak i na wsi ma zbliżone opinie co do ilości spożywanych warzyw i owoców. Ponadto opinie te są zdecydowanie wyższe niż w przypadku szkół zawodowych (tabela 3).

Tabela 3. Opinia uczniów w zakresie spożycia owoców i warzyw z podziałem miasto-wieś (w proc.)

Czy spożywasz owoce i warzywa?	Zasadnicza zawodowa		Technikum		Liceum ogólnokształcące	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Codziennie	27	25	40	37	39	39
Kilka razy w tygodniu	60	35	42	50	49	47
Kilka razy w miesiącu	0	6	11	8	8	9
Rzadko	13	34	8	5	4	5
Nigdy	0	0	0	0	1	0

Źródło: własne badanie terenowe.

Kolejne pytanie sprawdzające deklaracje dotyczące prawidłowego odżywiania z faktycznym sposobem odżywiania dotyczyło konsumpcji mleka i przetworów mlecznych (tabela 4).

Tabela 4. Opinia respondentów dotycząca spożycia mleka i przetworów mlecznych z podziałem miasto-wieś (w proc.)

Czy spożywasz mleko i przetwory mleczne?	Zasadnicza zawodowa		Technikum		Liceum ogólnokształcące	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Codziennie	13	18	27	34	38	31
Kilka razy w tygodniu	20	59	47	38	36	43
Kilka razy w miesiącu	27	0	12	11	8	13
Rzadko	40	18	12	15	15	9
Nigdy	0	6	2	2	3	4

Źródło: własne badanie terenowe.

Tutaj opinie, i to prawie we wszystkich przypadkach, są z reguły korzystniejsze wśród dorosłej młodzieży mieszkającej na wsi we wszystkich typach szkół w badanym województwie.

Analiza częstotliwości spożycia różnego typu alkoholi, np. piwa, przez badaną, dorosłą młodzież województwa mazowieckiego pokazuje wyraźniejsze zależności pomiędzy typem szkół, a nie między miastem czy wsią, gdyż „codzienne spożycie” i „raz na kilka dni” bez względu na miejsce zamieszkania respondenci uczący się

w szkole zawodowej deklarują częściej niż w innych szkołach – bez względu na miejsce zamieszkania (tabela 5).

Co do spożycia wódki przez dorosłą młodzież szkół zawodowych, to ich dobre opinie dotyczące prawidłowych wzorców zachowań wobec zdrowia nie pokrywają się też i w tym przypadku z deklarowanymi zachowaniami. Spożycie wódki wyniosło w przypadku „codziennego” kontaktu i „raz na kilka dni” w sumie 18 proc., a np. młodzież z techników zadeklarowała te same zachowania w 9 proc. (tabela 6).

Tabela 5. Opinia uczniów dotycząca spożycia piwa z podziałem miasto–wieś (w proc.)

Czy spożywasz piwo?	Zasadnicza zawodowa		Technikum		Liceum ogólnokształcące	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Tak, codziennie	13	6	5	3	1	3
Tak, raz na kilka dni	13	18	11	14	10	5
Tak, sporadycznie (jeden/dwa)	53	65	68	67	72	63
Raz spróbowałem i na tym koniec	7	0	4	4	4	5
Nie, nigdy	7	6	5	8	7	17
Jestem abstynentem	7	6	7	5	7	7

Źródło: własne badanie terenowe.

Tabela 6. Opinia respondentów dotycząca spożycia wódki z podziałem miasto–wieś (w proc.)

Czy spożywasz wódkę?	Zasadnicza zawodowa		Technikum		Liceum ogólnokształcące	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Tak, codziennie	0	6	2	3	1	2
Tak, raz na kilka dni	7	12	5	6	12	8
Tak, sporadycznie	60	71	74	69	60	66
Raz spróbowałem i na tym koniec	13	0	5	6	10	8
Nie, nigdy	13	6	10	11	10	11
Jestem abstynentem	7	6	7	5	7	6

Źródło: własne badanie terenowe.

W przypadku kontaktu z narkotykami badana młodzież Mazowska mieszkająca w miastach, jak i na wsi ma zbliżone zachowania, różnice są niewielkie. Opinie w zakresie całkowitego braku kontaktu z tymi substancjami są też zbliżone i tylko trochę częstsze w przypadku respondentów mieszkających na wsi (rysunek 4).

W świetle badania o zróżnicowaniu przestrzennym w układzie miasto–wieś w zakresie zachowań zdrowotnych badanej uczącej się, dorosłej młodzieży Mazowska założona teza nie została potwierdzona. Nie ujawniły się duże różnice w tych zachowaniach młodzieży między miastem a wsią. Natomiast różnice pojawiły się

szczególnie między typami szkół. Młodzież ze szkół zawodowych rzadziej rozpoznaje sytuacje zagrażające zdrowiu w postaci słabszego odżywiania (konsumuje np. mniej warzyw), również ta grupa młodzieży w województwie mazowieckim ma częstszy kontakt z substancjami psychoaktywnymi (piwo, wódka) w porównaniu z młodymi ludźmi uczącymi się w technikach i szkołach ogólnokształcących.



Rysunek 4. Opinia respondentów dotycząca zażywania narkotyków z podziałem miasto–wieś (w proc.)

Źródło: własne badanie terenowe.

Zachowania zdrowotne warunkowane są przez liczne czynniki, między innymi przez przyzwyczajenia, poglądy i postawy. Skuteczność oddziaływań na zmianę zachowań dotyczy oddziaływania na wszystkie elementy. Zmiany zachowań zdrowotnych następują jednak najmocniej poprzez przemianę świadomości, która z reguły jest efektem edukacji zdrowotnej. Jest to proces, w trakcie którego kształtowany ma być w społeczeństwie obraz rzeczywistości oraz obraz świata, uwzględniający kreowanie różnych wymiarów zdrowia. W trakcie tego procesu powinna być korygowana wiedza zdrowotna, kształtująca postawy, dzięki którym nabywane są umiejętności sprzyjające zdrowiu. Polegają one nie tylko na zdobywaniu wiedzy w zakresie zdrowia poprzez zrozumienie nowych rozróżnień i znaczeń dotyczących rzeczywistości, ale także na uczestniczeniu we wspólnych działaniach, porozumiewaniu się oraz dokonywaniu świadomych wyborów (Karski, 2003: 16).

W przestrzennym nurcie rozważań dotyczących zachowań zdrowotnych istotna jest rola działań zapobiegawczych, które są sposobem na poprawę zdrowia jako swobodnego rodzaju narzędzie o charakterze prewencyjnym. Wskazuje się w tym aspekcie na te formy zachowań, których zmiana i ograniczenie powinny przyczyniać się do zmniejszenia skali zagrożeń związanych z wieloma zachowaniami, tzn.: paleniem papierosów, brakiem aktywności fizycznej, niewłaściwym odżywianiem, nadużywaniem alkoholu, narkotyków i leków. Za podejściem zapobiegawczym przemawia fakt, że ludzie czy nawet całe społeczeństwa w miarę swojego rozwoju chorują nadal, a choroby cywilizacyjne się nasilają.

W celu określenia przestrzennych różnicowań (miasto–wieś) w kształtowaniu postaw zdrowotnych zrealizowano badanie terenowe pełnoletniej młodzieży różnego typu szkół ponadpodstawowych, tzn. szkół zawodowych, techników i szkół ogólnokształcących w województwie mazowieckim. W świetle badania założona teza o istnieniu różnicowań w zachowaniach zdrowotnych między młodzieżą mieszkającą na wsi a mieszkającą w mieście nie została potwierdzona. Nie ujawniły się duże różnice w tych zachowaniach badanej młodzieży. Natomiast różnice pojawiły się między typami szkół. Okazało się, że badana młodzież z województwa mazowieckiego ucząca się w szkołach zawodowych słabiej niż młodzież uczęszczająca do liceów ogólnokształcących i techników rozpoznaje sytuacje grożące zdrowiu w postaci np. mniejszego rozpoznawania zachowań zagrażających zdrowiu i życiu (spożycie różnego typu alkoholi). Może to wynikać z przyczyn środowiskowych, tzn. niewystarczającego przystosowania społecznego młodzieży uczęszczającej do szkół zawodowych, w tym braku prawidłowych wzorców zaczerpniętych np. ze środowiska rodzinnego. Za zagrożoną nieprzystosowaniem uważa się młodzież, która wychowuje się w warunkach niekorzystnych dla rozwoju psychospołecznego i narażona jest na negatywny wpływ rodziny (https://pl.wikipedia.org/wiki/Rodzina_socjologia) czy grupy rówieśniczej. Stąd przyczyn niższej świadomości zdrowotnej młodzieży uczęszczającej do szkół zawodowych należy szukać bardziej w warunkach środowiskowych niż przestrzennych.

Ogólnym wnioskiem z badań jest to, że najistotniejsze wydaje się promowanie i kształtowanie wiedzy na temat zdrowia poprzez edukację stylu życia z położeniem dużego nacisku na młodzież uczęszczającą do szkół zawodowych jako potrzebującą najsilniejszego wsparcia merytorycznego i infrastrukturalnego. Stylu, który wyznaczać będzie konkretne zachowania, przyzwyczajenia i nawyki zdrowotne jednostki oraz uświadamiać, że własne zdrowie zależy również od nas samych. Należy czynnie kształtować i powiększać zasoby zdrowotne poprzez np. ruch, dietę i pokonywanie własnych słabości.

Bibliografia

- Apanowicz, J. (2003). *Metodologia nauk*. Toruń: TNOiK „Dom Organizatora”.
- Borsa, M. (2004). *Gospodarka i polityka przestrzenna, cz. 2. Polityka przestrzenna*. Warszawa: Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna w Warszawie.
- Handbook of development economics* (2010). Amsterdam: Elsevier, North Holland Oxford.
- Karski, J.B. (2003). *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: CeDeWu.

- Korporowicz, V. (2015). Polityka zdrowotna w systemie nauk o polityce publicznej. *Studia z Polityki Publicznej*, 1(5).
- Korporowicz, V. (2017). Zarządzanie progresywne w zdrowiu publicznym jako przejaw *public governance*, w: Marciniak, M., Szczupaczyński, J. (red.) *Nowe idee zarządzania publicznego. Wyzwania i dylematy*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Korporowicz, V. (2018). Young adults health behaviours: an element of health policy in the light of the „Youth of Warsaw” study. *The Quarterly of the Collegium of Socio-Economics Studies and Works*, 3A (35).
- Kosycarz, E., Walendowicz, K. (red.) (2018). Świadomość zdrowotna jako kluczowy determinant stanu zdrowia. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 165.
- Mental illness. Invisible but devastating. (2016/2017). *Africa Renewal*.
- Norton, I.M., Rucker, D. (red.) (2015). *The Cambridge Handbook of consumer psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Nosko, J. (2005). *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne*. Łódź: IMP.
- Pickett, K.E. (red.) (2009). *Health and inequality, Vol. 2, Health inequalities, causes and pathways*. London, New York: Routledge.
- Raport z badań. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. (2012). Warszawa: CBOS.
- Sachs J.D. (2008). *Common wealth. Economics for a crowded planet*. London: Penguin Books.
- Sorensen K. et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 1(80).
- Stiglitz J.E. (2015). *Cena nierówności. W jaki sposób dzisiejsze podziały zagrażają naszej przyszłości*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Strong, W.B. et al. (2005). *Evidence based physical activity for school-age youth*.
- Volanders, A.E., Paasche-Orlow, M.K. (2007). Health literacy, health inequality and a just health care system. *American Journal of Bioethics*, 7.
- Wallace, W.L. (1989). Toward a disciplinary matrix in sociology, w: Smelser N.J. (red.), *Handbook of sociology*. Newbury Park, London, New Delhi: SAGE Publ.
- Wyniki badań 2010 (2011). Raport techniczny. Warszawa: HBSC.

Źródła internetowe:

- http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_138_16.PDF (dostęp: 20.02.2019).
- <http://www.cie.men.gov.pl/index.php/sio-wykaz-szkol-i-placowek/26-wykaz-wg-wojewodztw.html> (dostęp: 3.04.2017).